

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1939-1940. — N° 54

DES RÉCIDIVES DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

THÈSE

présentée à la

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le **9 Novembre 1939**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARIE-LOUISE BARBIER

NÉE BRULEY

le 20 Août 1913, à Lyon



IMPRIMERIE SIBILAT

32, Rue Molière

Lyon

DES RÉCIDIVES DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

THÈSE

présentée à la

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le **9 Novembre 1939**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARIE-LOUISE BARBIER

NÉE BRULEY

le 20 Août 1913, à Lyon



IMPRIMERIE SIBILAT

32, Rue Mollère

Lyon

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen.....	M. J. LEPINE.
Assesseur.....	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ,
PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND.
TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. FROMENT SAVY.
Cliniques chirurgicales.....	PATEL. BERARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	VORON.
Clinique ophtalmologique.....	BONNET.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	FAVRE.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LEPINE (J.).
Clinique médicale infantile.....	MOURICQUAND.
Clinique gynécologique.....	COTTE.
Clinique Oto-rhino-laryngologie.....	REBATTU.
Clinique urologique.....	CIBERT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	TAVERNIER.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	COURMONT.
Clinique des maladies infectieuses.....	CHALIER (J.).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	PONTHUS.
Chimie biologique et médicale.....	FLORENCE.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	MANCEAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	GUIART.
Anatomie.....	LATARJET.
Histologie.....	POLICARD.
Physiologie.....	HERMANN.
Pathologie interne.....	CORDIER.
Pathologie générale et thérapeutique.....	CADE.
Anatomie pathologique.....	J.-E. MARTIN
Chirurgie opératoire.....	SANTY
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	ARLOING (F.).
Médecine légale.....	MAZEL
Hygiène.....	ROCHAIX.
Pharmacie et Pharmacologie.....	LEULIER.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	PIERRY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon).
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE.	P. RAVAUULT.	CLAVEL.	FROMENT (B.)
CHAMBON.	PIGEAUD.	LEVRAT.	MARTIN (P.-E.)
REVOL.	CROIZAT.	BANSILLON	MOUNIER-KUHN
ENSELME.	DELORE.	MALLET-GUY	BROUSSY
SEDALLIAN.	JOSSERAND.	ROMAN	PIFFAULT
CREYSSEL.	MORIN.	PEYCELON	
DE ROUGEMONT.	BERTRAND.	JOURDAN	

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. VORON

Assesseurs : MM. EPARVIER, SEDALLIAN



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

DES RÉCIDIVES

DE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je lui dois beaucoup.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON MARI

Un même idéal nous rapprocha
dans nos études et nous unit pour
la vie.

A MES ENFANTS

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA BELLE-SŒUR

En remerciement de sa collaboration.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

AU DOCTEUR G. ROUX

Directeur du Sanatorium de Mardor

Durant toutes nos études il nous
guida de ses conseils. Qu'il trouve
ici le témoignage de notre respec-
tueuse affection.

AU DOCTEUR PEHU

Médecin Honoraire des Hôpitaux

Il a bien voulu nous confier ce travail et nous aider de ses conseils judicieux.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

Il a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse. Nous le remer-
cions de l'honneur qu'il nous a fait.

A NOTRE JURY :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EPARVIER

Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Avec tous nos remerciements.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEDALLIAN

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Que nous remercions tout particu-
lièrement d'avoir accepté de faire
partie de notre jury de thèse.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUILLEMINET ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESJACQUES ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND ;

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY.

AU DOCTEUR BOUYSSSET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin-Chef de l'Hôpital de Roanne

Au lit du malade nous avons pu
apprécier la finesse et le charme de
son enseignement.

Des Récidives de l'Erythème Nouveau

CHAPITRE I

Rappel succinct de nos connaissances sur l'Erythème Nouveau

Historique

L'Erythème nouveau n'est pas une maladie très ancienne ou, tout au moins, elle n'a commencé à intéresser les auteurs qu'à partir du début du XIX^e siècle.

A ce moment, en effet, on n'accordait à cette éruption, dénommée par l'Anglais Willan « Dermatite contusiforme », que la valeur d'une affection cutanée.

Schoenlein, en 1829, décrivant une poussée d'E. N. n'hésite pas à l'attribuer au froid. Cette idée sera reprise un siècle plus tard par Brocq. Mais, après les travaux de Bouillaud (1830 et 1840), ceux de Bayer

(1835) penchant nettement pour la nature rhumatismale de cette éruption — théorie fortement défendue par Bergeron en 1867 — la controverse ne tarda pas à s'échauffer.

En 1868, les études de Trousseau tendant à considérer l'E.N. comme une maladie autonome, spécifique, allaient donner libre cours aux discussions.

Ainsi, la « maladie de Trousseau » — conception appuyée sur les observations antérieures de Germain Sée et Hèbra de Vienne (1770) — allait trouver de nombreux partisans ; témoin Talamon qui, en 1882, décrivit l'E.N. comme fièvre éruptive d'une maladie autonome.

Parallèlement et tandis que Charles Mauriac en 1880, Lesser en 1882, de Beurmann et Claude en 1896, donnaient à l'E. N. une cause syphilitique, l'attention des savants était attirée par certaines analogies de l'E.N. et la tuberculose.

Le premier rapprochement fut fait par Boillet (1850) qui constata l'importance des antécédents tuberculeux dans l'E.N.

Cette porte ouverte allait donner naissance à une nouvelle théorie. Dès lors, d'innombrables travaux, recherches, publications, thèses, eurent pour but de démontrer, à la suite d'arguments chimiques, biologiques, radiologiques et bactériologiques, les relations très étroites qui unissent E. N. et tuberculose.

Citons les très importants travaux de Lallier, en France, et Ueffelmann en Allemagne, en 1872, admet-

tant une cause tuberculeuse de l'E.N., observations confirmées par Poncelet en 1902 et Pons en 1905.

Des preuves, presque indiscutables, furent fournies par d'abondantes expériences. On peut, en 1907 tout d'abord, obtenir la tuberculisation du cobaye par inoculation de sang d'un sujet tuberculeux : celui-ci, porteur d'un E.N.

Les travaux de Landouzy et Loederich amenèrent la découverte du Bk dans la paroi vasculaire d'un nodule — communication à l'Académie de Médecine, 28 juillet 1908 — fait assez probant, confirmé par la reproduction de nodules par injections intradermiques de la tuberculine et la démonstration de la sensibilité cutanée à la toxine bacillaire (Chauffard et Troisier, 1909), Marfan (*Presse Médicale* du 28 juin 1909).

A l'appui de cette thèse nous pourrions citer d'abondantes preuves qui ont fait l'objet de recherches de L. Bernard, Paraf, Arloing, André Dufourt, Debré, Julien Marie, Broca, Saenz et Gougerot - Chauffard, lesquels observèrent le développement de tuberculose générale grave immédiatement ou quelques semaines après l'apparition de l'E. N., celui-ci étant une manifestation de primo infection tuberculeuse.

Le professeur Bezançon prouva la constance ou presque constance de la réaction positive à la tuberculine chez les porteurs d'E.N.

Brian, Hildebrandt, Richet, Debré démontrèrent la bacillémie d'un érythémateux par culture ou inoculation du sang veineux du malade. De même Leinberger

et Voyer démontrèrent la présence de BK dans le sang par scarification des nodosités érythémateuses.

Néanmoins et malgré des preuves qui paraissaient indiscutables, on ne put pas rapporter toute l'étiologie de l'E.N. à la tuberculose seule.

En janvier 1933, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, eut lieu une discussion importante sur la pathogénie de l'E.N., discussion renouvelée, le 14 juin 1935, à la suite des travaux de Ramel, Morquio d'Agui-re, Debré et qui confirmait le rapport de Ramel et Lortat-Jacob présente au IV^e Congrès des dermatologistes, à Paris, en juillet 1929, déclarant que l'E.N. serait peut-être dû à un agent pathogène spécial : le « streptobacillus monili formis », découvert par Levaditi (1925) et retrouvé par les américains Parker et Hudson.

Nous nous conformerons au jugement porté sur cette importante question par le Professeur Gougerot :

« Nous croyons, avec Landouzy, Chauffard et Jean « Troisième et tant d'autres ! à l'origine tuberculeuse la « plus fréquente, mais nous ne sommes pas exclusifs « et nous ne pouvons pas conclure que tous les E.N. « sont tuberculeux.

« La conception de l'E.N. spécifique dû à un virus « inconnu est séduisante et expliquerait bien des di- « vergences, mais nous attendons qu'elle soit démon- « trée et, du reste, pour ce virus inconnu la pathogénie « allergique jouerait de même que pour les autres con- « ceptions ».

Cette dernière assertion laisse donc à la science la possibilité de ne pas conclure formellement à l'origine tuberculeuse de l'E.N.

C'est ainsi que le Professeur Savy (*Traité de thérapeutique clinique*, tome III, 1936) décrit en détail l'aspect et l'allure générale de cette maladie. Il admet que la tuberculose n'est pas la cause unique de cette dermatose.

Il a observé, en effet, au cours de septicémies à pneumocoques, à gonocoques, à méningocoques et dans la syphilis.

Si nous parcourons la littérature médicale parue dans ces vingt dernières années, nous constatons que les articles et les mémoires sont nombreux et fort documentés sur cette importante question.

Les points principalement traités sont : la détermination de l'époque où — lors d'une infection tuberculeuse — apparaît l'E.N. ; les relations de ce dernier avec les maladies microbiennes ou parasitaires ; l'avenir de sujets atteints de cette dermatose. Notons en passant les importants articles de M. Bertoye (1934, *E.N. Traité de Médecine des Enfants*) ; ceux de M. Comby (1923) de P. Fornara (1930), de Madame de Biehler (1936), les traités étrangers de pédiatrie mentionnent les rapports de Mercurio (*Eritema nodoso*, in *Article Tuberculosis, Trattato di pediatria Comba-Jemma*, 1934).

On a remarqué que, dans les pays scandinaves,, les cas d'E.N. sont extrêmement fréquents. On cite à ce su-

jet les statistiques de Ernberg (1921), faisant mention de 200 cas de cette maladie.

Le docteur Wallgren, de Gothenberg, dans un travail publié en 1926, en cite 123 cas personnels.

Il y a, en tout cas, un point reconnu et admis par les différents protagonistes des conceptions opposées : c'est le phénomène d'allergie — fait très important dans l'étiologie de l'E. N. et que tous sont unanimes à reconnaître.

Un rappel historique sur l'origine fréquemment tuberculeuse de l'E. N. était nécessaire, car une question de pathogénie lui est étroitement liée.

L'E. N. est considéré en général comme la traduction extérieure d'une hypersensibilité, d'un état allergique, le plus souvent d'essence tuberculeuse, mais qui, dans certains cas, peut être apporté à une ou à d'autres causes.

En effet, quelques auteurs tels que Hoffmann et Menzer, Sacquépée, Brian, Brocq, Comby, Jadassohn, de Beurmann et Henri Claude, de Gunthes, Ravaut, Emrys Roberts, pour ne citer que les principaux, pensent que l'E. N. peut être engendré par différents syndromes d'infections multiples ou par des intoxications.

Une énumération risque d'être fastidieuse. Citons, néanmoins, l'angine streptococcique, le rhumatisme articulaire aigu, la grippe, la fièvre typhoïde, la diphtérie, la méningite cérébro-spinale, les fièvres éruptives, telles que scarlatine, rougeole, rubéole, varicelle, la syphilis, la blennorragie, la maladie de Nicolas et Favre.

Un cas fut attribué, par de Gunthes, à la malaria. Sugai et Mononore l'ont observé chez des lépreux. Bruusgaard Pulvermacher et Sutter ont incriminé les trichophities et, spécialement, les trichophitides nodulaires de Bruno Bloch (sept cas en 1928).

Enfin, on a vu un cas d'E. N. survenant après la variole (Tullès) et même la vaccine (Widal, 1864, cité par Courtellemont S.M.H., 5 juin 1903).

Nous constatons, après l'énumération de ces différentes causes, que tous les auteurs ne sont pas d'accord quant aux causes de cette manifestation cutanée. D'autre part, au cours de nos recherches, nous avons observé de fréquentes confusions entre E. N. proprement dit et E. polymorphe.

Avant d'aller plus loin, il conviendrait peut-être de donner une définition exacte de l'E. N. et d'opposer sa symptomatologie à celle de l'E. polymorphe.

Symptomatologie

Si l'on s'en rapporte à la définition de Louis Brocq, « l'E. N. est une dermatose inflammatoire aiguë ou sub-aiguë que caractérise une éruption de nodosités érythémateuses ou pourprées, arrondies ou ovalaires, semblant infiltrer le derme dans sa totalité, et même le tissu cellulaire sous-cutané ; assez proéminentes et de dimensions variables, leur grosseur varie de celle d'une petite noisette à celle d'un œuf de pigeon et même plus. Elles sont surtout situées aux membres inférieurs. Elles sont peu douloureuses spontanément, mais elles le sont à la pression. Elles subissent graduellement, du centre à la périphérie, la transformation ecchymotique.

Le début s'accompagne souvent de fièvre et de symptômes généraux, de douleurs rhumatoïdes. En 12 à 15 jours, leur évolution est complète ; mais il se produit des poussées successives, de telle sorte que la durée totale de l'affection varie de 3 à 6 semaines ».

Cette dermatose est avant tout une maladie de l'enfant et de l'adolescent. La statistique de Morquio démontre qu'elle atteint particulièrement les enfants de 8 à 12 ans. Elle aurait une tendance à frapper plus particulièrement le sexe féminin (13 cas sur 14 dans le service du Docteur Gaté, Lyon).

Enfin, les classiques insistent sur son caractère épidémique possible et sur sa prédominance vernale avec très légère reprise en automne. Rohmer, de Strasbourg, note

3 cas en février, 1 cas en avril, 6 cas en mai, 4 cas en juin, 1 cas en août, 1 cas en octobre, 3 cas en novembre, 2 cas en décembre.

Faits cliniques.

L'E. N. débute parfois par une angine (20 % des cas).

Le syndrome dermatologique est l'évolution des nodosités typiques dermo-épidermiques ; taches érythémateuses siégeant non seulement sur les membres mais aussi sur le tronc et l'abdomen. Debré a souligné ce fait oublié, que, dans certains cas, les nodosités peuvent manquer complètement d'éléments maculeux, d'ailleurs peu nombreux, pouvant seuls représenter l'éruption.

La fièvre, rarement absente tout à fait, est marquée par un état fébriculaire modéré, sans altération de l'état général, sans grande perte de poids, sans troubles digestifs.

La température présente parfois une courbe particulière ressemblant à celle de la typhobacillose (3 phases : ascendante, en plateau, descendante, en lysis).

L'éruption survient le plus souvent au moment où la température est ascendante ou commence son plateau.

Quand elle survient en plusieurs poussées, on note des manifestations fébriles correspondantes.

Dans la moyenne des cas, la fièvre dure de quelques jours à deux semaines, mais on peut observer tous les intermédiaires entre l'apyrexie complète et une fièvre continue de longue durée, à évolution capricieuse.

On peut noter parfois de la conjonctivite phlycténulaire.

Les papules sous-conjonctivales sont considérées comme des localisations conjonctivales des nodosités.

(Un cas cité par le Professeur Nobécourt et Paul Ducas dans la *Presse médicale*, 4 août 1934).

Quant aux arthralgies, elles ne coïncident pas avec des modifications objectivement décelables des articulations. Il n'y a ni rougeur, ni gonflement, ni épanchement synovial; elles sont habituellement discrètes, oligo-articulaires et peu tenaces.

Les symptômes associés suivent leur évolution habituelle. L'éruption disparaît dans un laps de temps variant de 3 à 4 semaines.

Diagnostic différentiel avec l'Erythème Polymorphe

La symptomatologie de l'E. N. étant exposée, nous allons rapidement évoquer celle de l'E. P.

Nous nous en rapportons à la symptomatologie donnée par Greiner dans sa thèse sur l'E. P. (Fac. Lyon 1939).

Manifestation en général apyrétique, d'allure bénigne, évoluant par poussées successives plus ou moins nombreuses ; dermatose saisonnière et volontiers récidivante, n'amenant pas d'atteinte de l'état général. Un peu d'asthénie, parfois.

Les efflorescences siègent avec prédilection sur les avant-bras, la face externe des jambes, le dos de la main, du pied, des poignets. Les genoux et leur face antérieure sont atteints tout particulièrement, de même que la nuque et le visage. Elles évoluent par poussées successives progressant du centre vers la périphérie (aspect en cocarde, en arc-en-ciel).

Nous ne pouvons pas moins définir l'E.P. qu'en citant ces quelques lignes extraites du Traité de thérapeutique du Professeur Savy, qui, décrivant en détail l'aspect et l'allure générale de cette maladie, voisine de l'E.N. qu'est l'E.P. de Hébra, dit :

« C'est une maladie aiguë ou subaiguë de nature infectieuse, souvent accompagnée d'angine et de douleurs articulaires ; caractérisée par une éruption de macules, de papules, de vésicules qui siègent systématiquement sur le dos des articulations et à la face, qui évoluent par poussées et se terminent en général par la guérison au bout de trois à quatre semaines ».

Ces dissemblances observées dans la symptomatologie et dans l'évolution de l'E.N. et de l'E.P. n'étaient pas reconnues il y a encore quelques années.

Dans un traité déjà ancien, Hillairet et Gaucher soutenaient que l'E.N. était une variété d'E.P., caractérisée par le petit nombre et le volume exagérés des éléments érythémateux.

En 1929, Ramel faisait de l'E.N. et de l'E.P. deux aspects d'une même maladie.

Tout récemment, à la réunion de dermatologie de Strasbourg (mai 1938), Pautrier défend des idées voisines. Pour lui, les rapports entre l'E.N. et l'E.P. sont certains (5 associations sur 16 observations personnelles), il s'agirait de 2 plans différents de sensibilisation à un agent peut-être identique.

CHAPITRE II

Historique concernant les récidives

Si des causes diverses peuvent produire cette manifestation cutanée qu'est l'E.N. ; si ses causes sont multiples, quoiqu'il en soit, l'hypersensibilité étant installée chez le sujet, elle devrait, à priori, persister, et des récidives ne devraient pas se produire.

Mais, avant d'aller plus loin, il convient de définir exactement les termes de rechute et de récidive.

On confond souvent ces deux termes.

La rechute est la réapparition d'une maladie ou d'une manifestation pendant ou immédiatement après une convalescence qui, elle-même n'est pas complète ni franchement établie.

La récidive est la réapparition d'une maladie après le rétablissement complet de la santé, au bout d'un laps de temps plus ou moins long qui, souvent, se compte par années.

Cette différence étant établie, il faut se demander ce qu'actuellement on pense des récidives authentiques d'E.N.

La lecture de différents travaux, articles français ou étrangers parus dans ces 20 dernières années, montre que le plus souvent, les auteurs ne signalent pas les récives, c'est-à-dire la réapparition, après un certain intervalle, des manifestations caractéristiques de l'E. N.

H. Lenhdorf, de Vienne, qui s'est occupé spécialement de la question de l'E.N., a écrit un article concernant cette maladie dans « *Handbuch der Kinderheilkunde*, de Pfaundler et Schlossmann, maladies de la peau, 1935 ».

Tandis que la posologie est bien étudiée, l'auteur ne signale pas la possibilité de récives.

De même, W. Keller et Moro, dans ce même traité (tome III) n'en fait pas mention.

Cependant, au Congrès de dermatologie de Strasbourg (mai 1938), Rohmer admet la possibilité de l'apparition d'un E.N. à une époque ultérieure ou celle de récives, sur 19 cas d'E.N. observés dans son service.

Bindschedler, dans la séance du 8 novembre 1936, de la Société de Pédiatrie de l'Est, signale que Chauffard a pu provoquer des récives d'E.N. à plus ou moins longue échéance, par des applications percutanées intra-dermo ou sous-cutanées de tuberculine.

Au cours de nos recherches il nous a été donné de traduire un article de Lewkowicz sur l'E.N. Cet auteur allemand dit : « Il est fréquent de constater des récives d'E.N. chez des sujets déjà tuberculeux. Si l'on considère comme valeur limite d'immunité cette « très basse intensité d'immunisation qui, précisément,

« suffit encore pour rendre impossible dans les réinfec-
« tions, l'apparition de la septicémie et l'éventualité
« des métastases hématogènes, alors comme condition
« fondamentale de cet E., nous devons admettre un
« abaissement si important de l'immunité acquise pen-
« dant les processus tuberculeux survenus antérieure-
« ment qu'une abondante bacillémie et y correspon-
« dant, des métastases cutanées massives puissent
« prendre naissance.

« Parmi les différentes possibilités, nous devons ici
« diriger notre attention seulement sur un groupe de
« cas, notamment sur ceux dans lesquels l'E. se repro-
« duit cliniquement, d'une façon tout à fait pure, chez
« des individus atteints ».

Chez ces malades, il doit s'agir d'une prédisposition
constitutionnelle congénitale et familiale qui, peut-être,
consiste dans une résistance naturelle importante vis-
à-vis de la tuberculose.

CHAPITRE III

Les Observations cliniques

Lewkowicz cite ensuite deux observations de Nils Landorf, auteur suédois, qui confirme la justesse de cette opinion :

OBSERVATION I

La patiente, une fillette de 7 ans 1/2, est admise à l'hôpital, en juin 1932, pour érythème noueux. Elle ne donnait alors aucune réaction avec 10 mgr de tuberculine par voie intradermique. Un des jours qui avait précédé l'admission, le médecin qui l'adressait avait pratiqué l'épreuve percutanée de *Hamburger* à la tuberculine ; le résultat avait été pareillement négatif. Lors de son admission, l'enfant a de la fièvre, toute sa gorge est franchement rouge et de gros bouchons muqueux se voient dans le nasopharynx ; il existe, de plus, une otite suppurée. Réaction de sédimentation : 32 mm. L'examen radiographique des poumons ne révèle rien de pathologique et le liquide de lavage de l'estomac, après inoculation à un cobaye, donne un résultat négatif par rapport à la tuberculose. Au bout d'un mois, la fillette sort bien portante.

Chez cette enfant nous n'avons pu découvrir le moindre indice d'altérations tuberculeuses. Au bout de six semaines elle fut, à la polyclinique, l'objet d'un examen de contrôle : de même que précédemment, elle se montra réfractaire à

la tuberculine, cette fois, avec une dose de 3 mgr. Elle était fille unique. Dans la famille on ne découvrait pas de bacilles tuberculeux et, autant qu'on put s'en assurer, elle n'avait jamais été exposée à une contamination. L'incapacité de réagir à la tuberculine existait encore un an plus tard, quand cette enfant subit, à l'école, l'épreuve de *Hamburger*.

Au bout de six nouveaux mois, elle revient à l'hôpital avec de la fièvre, une forte réaction de sédimentation et une récurrence d'érythème nouveau. Etant donné qu'elle avait été soumise antérieurement à l'épreuve de *Mantoux* d'une manière irréprochable et avec de hautes doses (10 mgr.), que, de plus, la récurrence des érythèmes nouveaux réfractaires à la tuberculine est un fait remarquablement commun, on lui administre d'emblée 0,1 mgr de tuberculine par voie intradermique. A notre grande surprise, le lendemain, nous constatons une réaction vésiculaire presque aussi grosse qu'un œuf de poule au niveau du point d'injection ; 72 heures plus tard, la réaction mesurait encore 15 mm. sur 15 mm. et s'accompagnait d'une forte infiltration. La patiente est admise à l'hôpital et l'exploration radiographique montre qu'elle a une tuberculose primaire gauche qui n'était point visible lors du précédent séjour hospitalier. Le liquide obtenu, après lavage de l'estomac, témoigna lui-même qu'il s'agissait réellement d'une affection tuberculeuse, car il donna un résultat positif après inoculation au cobaye. Au bout de six semaines, on opéra, chez cette enfant, le tirage de la sensibilité à l'égard de la tuberculine au moyen de l'épreuve de *Mantoux* ; le résultat fut celui qu'on obtient le plus habituellement avec les tuberculeux du hile de fraîche date, c'est-à-dire 0,01 mgr.

Ainsi donc, lors de sa première période d'observation, cette petite fille avait une pharyngite et une otite s'accompagnant de fièvre et d'un érythème nouveau dépourvu d'étiologie tuberculeuse apparente ; de plus, elle ne réagissait pas à 10 mgr de tuberculine. Lors de sa seconde période d'ob-

servation — dix-huit mois plus tard — elle avait également de la fièvre et un érythème noueux, mais, en outre, une condensation manifeste du hile, condensation qui présentait l'aspect caractéristique des altérations tuberculeuses de ce siège ; elle avait enfin montré une forte sensibilité à 0,1 mgr de tuberculine. Ce fut donc seulement avec un nouvel érythème noueux, s'accompagnant des signes d'une tuberculose aiguë du hile, qu'elle donna une réaction positive avec la tuberculine, à laquelle pourtant, elle n'avait pas antérieurement réagi, malgré l'emploi d'une dose mille fois plus forte, au temps où elle présentait son premier érythème noueux, mais sans aucun signe de tuberculose.

Les constatations que nous avons faites dans ce cas plaident, à notre avis, en faveur de ce que l'érythème noueux peut se déclarer chez des enfants qui ne sont pas infectés par la tuberculose et que l'apparition des efflorescences dépend alors probablement des infections non spécifiques dont les enfants sont atteints. Chez ces derniers, par conséquent, nous regardons l'érythème noueux comme un symptôme allergique non spécifique, à l'inverse de ce qu'il paraît être, le reste du temps, par suite de ses rapports si fréquents avec la tuberculose infantile.

OBSERVATION II

Dans le deuxième cas, la mère déclarait qu'elle-même avait eu dix fois l'E. N., l'éruption se montrait toujours en compagnie de maux de gorge et de fièvre. Elle ajoutait que son grand-père paternel avait eu 4 atteintes d'E. N. et qu'une demi-soeur à elle, en avait eu deux. La mère fut soumise à l'expérience de 10 mgr de tuberculine et l'expérience fut négative ; le grand-père et la demi-soeur habitaient une autre localité.

Sewkowiez cite encore le cas suivant, publié par Rotnes :

OBSERVATION III

Le malade arrive à l'âge de 12 ans, 3 ans après la mort par tuberculose de sa mère. Il revient à l'âge de 14 ans, peu avant la mort, par tuberculose également, de sa soeur. Il présente pour la première fois, de l'E. N. Puis, onze ans après, une deuxième apparition de cet E., avec *inflammation du cou*, raideur accusée des articulations, fièvre.

Séjour au lit : 3 semaines.

Les récidives se produisent 11 fois, les unes et les autres sans angine ; par contre, souvent avec des manifestations rhumatismales aiguës qui obligeaient le malade à garder le lit.

Douzième récidive à 34 ans.

Treizième dans sa 35^e année, exanthème cependant réduit.

La quatorzième récidive pour laquelle le malade fut admis le 13 octobre 1934, à l'hôpital, survint dans la cinquante-septième année de sa vie, donc après un intervalle de 22 ans.

Deux semaines après l'admission : douleurs du cou, congestion des amygdales avec gros bouchons purulents et arthropathies. Depuis le 3 octobre, forte éruption avec nodules, infiltration certaine et taches de 35 jours de durée. Fièvre d'abord assez intense, puis état subfébrile.

Dans le hile pulmonaire, nombreux dépôts calcaires. Réaction de Pirquet (cuti-réaction) le 15 octobre, donc au 14^e jour de la maladie, encore négative. Mais le 17 octobre, moyennement positive et, le 13 novembre, très positive.

OBSERVATION IV

Il cite enfin le cas publié par Wallgren dans lequel, avec une réaction à la tuberculine complètement négative, survinrent 10 fois des manifestations d'E. N., à raison d'une par an.

Mais, à propos de ce cas, qui ne nous est donné que par une indication bibliographique sommaire, Lewkowicz mentionne que la communication de Wallgren a été faite à une lecture à la Faculté de médecine de Birmingham en 1937 : l'auteur lui a aimablement communiqué le texte dactylographié, mais ce texte n'a pas été publié. •

Observations

présentées à la réunion dermatologique

de Strasbourg - Mai 1938

OBSERVATION I

Cas cité par le Professeur A. Merklen et A. Jacob.

Mme M..., 38 ans, est en traitement à la polyclinique chirurgicale A pour un phlegmon de la nuque depuis le 1^{er} août 1935, lorsqu'au décours de la maladie, le 22, apparaissent des nodules rouges et douloureux au niveau des membres inférieurs. Le 25, courbature généralisée, tandis que l'éruption s'étend largement aux cuisses, jambes et pieds et

quo les règles reviennent, pour la première fois depuis 6 semaines. A la radio, cicatrices dans la région sous-claviculaire gauche. La malade a déjà présenté un E. N. à l'âge de 21 ans.

Le 31 août, alors que l'E. N. actuel est en pleine régression, une intraderme à 1/5.000 donne une très forte réaction locale; quelques jours plus tard, placard infiltré de 6 cm 5 de diamètre, fièvre à 39°, état nauséux et simultanément nouvelle poussée d'E. N.

20 jours après l'admission, toute éruption a pratiquement disparu et l'état général est redevenu excellent.

Donc, premier E. N. à 21 ans, second à 38 ans, avec forte réaction tuberculinique qui entraîne une recrudescence de la maladie. Ce dernier E. N. s'est développé à la suite d'une injection et a coïncidé avec le retour des règles après 6 semaines d'absence.

OBSERVATION II

Cas cité par MM. Weissenbach et Nomadic de l'Hôpital Saint-Louis.

La malade, La..., âgée de 25 ans, entre dans le service le 21 décembre 1937, envoyée pour une éruption de syphilis secondaire apparue depuis 5 à 6 jours.

Cette éruption cutanéomuqueuse se montre formée de très nombreux éléments maculeux, petits, de 4 à 6 mm. de diamètre, non infiltrés, de coloration rose pâle, s'effaçant à la pression, disséminés sur tout le corps et particulièrement sur la face antérieure des cuisses et des flancs respectant le visage sans atteinte palmo-plantaire.

Il existe de nombreuses plaques vulvaires et anales. L'examen au spéculum montre un gros col de mérite avec pertes blanches. Examen bucco-pharyngé : gorge rouge sans que la malade accuse de dysphagie. Par ailleurs, chute des cheveux, pas de fièvre. B. W. + + +.

Le traitement au cyanure de mercure et au novarsénobenzol est institué aussitôt (20 décembre).

Le 22, apparaissent sur les jambes des lésions toutes différentes, caractéristiques de l'E. N., éléments conusiformes arrondis, siégeant à la face antéro-interne des jambes, le long de la crête tibiale, de diamètre variant de 1 à 3 cm, de coloration rouge-violet, saillants à la palpation, légèrement chauds, légèrement douloureux, ils se montrent nettement indurés, enchassés dans le derme et l'hypoderme. On compte une dizaine d'éléments sur chacune des jambes ; quelques éléments à la face antérieure de l'articulation du genou ; 2 à 3 éléments à la face antéro-externe des cuisses ; enfin, aux membres supérieurs, on note l'existence de 2 petits éléments de 1 cm de diamètre, situés à la face externe du bras, légèrement mais nettement infiltrés à la palpation.

La malade accuse un certain malaise, des arthralgies discrètes et sa température monte le soir même à 38°2, le lendemain, 23, à 39°.

Le 24 décembre : cuti-réaction très fortement positive, papuleuse. Cliché thoracique ne montrant aucune image pathologique.

La malade, de nouveau interrogée sur ses antécédents, confirme qu'elle a présenté à l'âge de 13 ans des lésions absolument analogues, aux membres inférieurs, avec fièvre ayant disparu en 2 ou 3 semaines.

Dans les jours suivants, quelques nouveaux éléments nouveaux apparaissent aux membres inférieurs ; aux membres supérieurs, 1 ou 2 éléments nouveaux sont apparus à la face postero-externe du bras. Le 7 janvier, il ne reste plus

trace de l'E. N. qu'une coloration violacée au siège qu'occupait les nouures, s'effaçant complètement à la pression.

La température est rapidement revenue au-dessous de 38°. Elle reste légèrement irrégulière jusqu'aux premiers jours de Janvier. Quant à la roséole, persistante encore le 5 Janvier, après 11 gr. 50 de novar., elle a complètement disparu le 12 janvier. La malade sort le 15 Janvier.

En résumé, si l'étiologie syphilitique semble improbable, il pourrait aussi bien s'agir d'une manifestation due à un germe spécial que d'une manifestation tuberculeuse. Si l'hypothèse de la nature tuberculeuse semble la plus vraisemblable, il ne s'agit pas dans cette observation de primo-infection mais de poussées évolutives ou de réactivations d'une tuberculose torpide sous l'influence des modifications humorales et tissulaires complexes que réalise l'infection tréponémique et qui sont susceptibles de faire fléchir l'immunité de l'organisme vis-à-vis du B. K.

OBSERVATION III

Cas cité par MM. Flandin, Poumeau-Delille et Perreau.

L..... Denise, âgée de 20 ans, est admise le 8 septembre 1936 dans le service, salle Biett, pour des lésions cutanées muqueuses avec température à 39°.

La malade a observé les premières manifestations cutanées en mai. En juillet, elle aurait eu une angoisse durant quelques jours ; le 1^{er} septembre, nouvelle angoisse avec dysphagie marquée ; trismus, température élevée. Deux jours

plus tard des nouves apparaissent aux membres inférieurs avec des taches surtout marquées au genou et au coude de pied, rendent le marche presque impossible. L'éruption est marquée, la température élevée à 39°6.

À son entrée dans le service le malade présente des végétations papuleuses aux membres inférieurs, à la paume des mains, à la face sur le front, aux commissures labiales, aux épaules sur le bras. Les lésions locales sont très intenses, l'examen est rendu difficile en raison du trismus. À gauche, le pilier antérieur et l'amygdale sont tuméfiés et très tendus, les ganglions sous maxillaires sont tuméfiés et douloureux, dysphagie intense. Les jambes sont le siège d'une éruption d'un type tout à fait particulier : nouves douloureuses spontanément et à la palpation, disséminées du genou à la cheville le long de la zone urticaire, du diamètre d'une pièce de 1 à 5 francs. Enchassées dans le derme et l'hypoderme elles sont de couleur rouge violacé.

L'examen général révèle des signes concomitants de syphilis secondaire.

B. W. fortement positif. Anti-réaction à la tuberculine légèrement positive. Intra-dermo réaction à la tuberculine au 1/100^e papules infiltrées de 8 mm 1/2 mais nullement nodulaires.

Recherches de B. K négative.

Radiographie pulmonaire : Image thoracique normale, aucune condensation visible, hiles normaux.

La malade est mise au traitement spécifique, en 4 jours la température revient presque à la normale, le rosiole guérit rapidement, L'E. N. disparaît lui-même en 12 jours.

La malade sort du service au bout de 3 semaines.

Le traitement spécifique est continué régulièrement. La malade est revue 1^{er} et 3 mois plus tard : état général excellent, radiographie du thorax normale, examen des crachats

• négatif, cuti-réaction à la tuberculine faiblement positive comme la première fois.

Le 17 février 1937, la malade est à nouveau hospitalisée pour une poussée de nouures avec arthralgies apparues 3 jours auparavant sans cause apparente.

L'état général est bon. Température entre 37°8 et 38°. E. N. caractéristique : éléments disséminés à la face antérieure des jambes et à la face postérieure des cuisses, de volume variable, de ton rouge, douloureux, profondément enchassés dans le derme.

La radiographie du thorax, faite le 22 février, met en évidence une opacité franche, non homogène de la région hilare gauche.

La cuti-réaction à la tuberculine est très fortement positive, phylténulaire, ainsi que l'intra dermo. réaction à la tuberculine diluée au 1/1000^e.

L'examen des crachats et du liquide de lavage d'estomac, pratiqué à deux reprises, reste négatif.

B. W. négatif dans le sang.

L'E. N. guérit dans les délais normaux. Cependant la malade perd 2 kilogs et la température demeure autour de 37°8.

Envoyée à la campagne, la malade est revue 3 mois plus tard : état général meilleur, elle n'a plus de fièvre ; une nouvelle radiographie montre la même opacité para-hilaire gauche, mais moins étendue, moins accentuée.

Tels sont les faits cliniques ; leur interprétation est beaucoup plus délicate.

On peut discuter, sans pouvoir en apporter la preuve, l'origine tuberculeuse du premier E. N., déclenché en partie peut-être par la syphilis secondaire, en par-

tie par une infection surajoutée : le phlegmon de l'amygdale.

Le deuxième E. N. coïncide avec les signes qu'il est habituel d'attribuer à la primo-infection tuberculeuse : images radiologiques d'une part, réactions cutanées hyperallergiques d'autre part.

Cliniquement, ce deuxième E. N. semble être de nature tuberculeuse, mais cependant il n'est pas symptomatique d'une primo-infection puisqu'il évolue chez une malade déjà sensibilisée à la tuberculine.

OBSERVATION IV

citée par Tournier-Lasserve. *Bulletin de la Société de Médecine Militaire française*, Juillet 1933.

Charles T...., 8 ans, bonne santé habituelle, actif et robuste, habite la campagne depuis sa naissance.

Antécédents personnels : réaction à l'anatoxine diphtérique (syndrome d'intoxication hépatique), oreillons, rougeole, le 10 mars 1931, suivie d'un E. N.

Le 10 novembre 1932, il est atteint de varicelle d'évolution normale ; le 23 décembre il est fatigué, souffre des jambes. Température 38°8. Le 24 décembre et jours suivants, apparition de nodules démontrant un nouvel E. N.

Après traitement, les lésions érythémateuses sont à peu près disparues vers le 29 décembre.

Observation écourtée, incomplète, sans examen corporel explicite, sans radiologie, sans réaction à la tuberculine.

Il est vraisemblable que, par deux fois, l'E.N. a été causé par une maladie éruptive : la première fois : rougeole ; la seconde : varicelle.

On peut accepter comme récidive une manifestation à 18 mois d'intervalle.

OBSERVATION V

communiquée par le Docteur Péhu (personnelle)

Sa.... Nicole, née le 18 février 1927.

Appartient à une famille de 6 enfants, tous bien portants. Parents en bonne santé.

Elle-même n'a jamais eu de maladies sérieuses. Seulement maladies habituelles de l'enfance.

A présenté, en *Avril* 1937, un érythème noueux typique, accompagné d'une fièvre forte mais passagère. Aucune complication. Examen corporel négatif. Cœur : rien à signaler. Rien dans les urines.

Examinée l'année suivante : 15 *avril* 1938, présente un état général satisfaisant. Poids : 38.300 gr. Normale à cet âge : 29 kgs. Taille : 147 1/2. Normale à cet âge : 133 cms. Rien dans les urines. Cœur normal. On signale cependant que les amygdales sont encore enflammées, hyperémiées. Opérée en février 1938 des amygdales qui étaient le siège d'un écoulement purulent.

Examen radiologique du thorax rigoureusement négatif. Aucune ombre anormale. Transparence complète des poumons.

23 Décembre 1938.— Depuis l'amygdalectomie, bonne santé.

Poids 42.500 gr. Taille 151 1/2. Depuis hier, arthralgies simples, sans gonflement ni rougeur dans les genoux, des deux côtés. Amygdales encore hyperémiées. Angine lacunaire (peu accentuée) des deux côtés.

Examen corporel négatif. Rien au cœur. Urines : ni sucre, ni albumine. Examen radioscopique du thorax complètement négatif, comme précédemment.

1^{er} Mai 1939. — Depuis quelques jours, avec fièvre d'une moyenne intensité, apparition nette d'un érythème nouveau très étendu, siégeant avec prédominance sur les membres inférieurs, d'aspect typique, plus accusé qu'en avril 1937. Cœur : rien à signaler. Quelques douleurs articulaires, sous la forme d'arthralgies. Mais sans hydarthrose ni rougeur de la peau. Amygdales enflammées des deux côtés.

19 Mai 1939. — La poussée d'érythème nouveau s'est terminée le 2 ou 3 mai. Pas de fièvre depuis 15 jours.

Aucune arthralgie. Gorge irritée. Cœur : rien à signaler. Examen radioscopique du thorax rigoureusement négatif.

En résumé, chez une fillette d'une santé bonne, sans aucun antécédent, se montre, à deux années d'intervalle, en avril 1937 et en avril 1939, la fillette âgée de 10 ans 1/2, un érythème nouveau fébrile, typique. Elle a présenté à plusieurs reprises des amygdalites ayant conduit à faire pratiquer l'amygdalectomie ((février 1938). Cette enfant accuse des douleurs articulaires : ce sont

plutôt des arthralgies que du rhumatisme articulaire franc. Rien au cœur.

L'examen corporel, l'auscultation, les examens radioscopiques du thorax n'ont montré aucune particularité. La santé générale de cette enfant est très satisfaisante.

Cliniquement du moins, elle ne peut être soupçonnée de tuberculose. A deux-ans d'intervalle elle a été atteinte d'un érythème noueux, fébrile, caractérisé, authentique. Il est vraisemblable qu'il s'est agi d'une récurrence d'un état septicémique, d'origine amygdalienne, qui s'est traduit par un érythème noueux récidivant.

Essais d'interprétation

Pouvons-nous tirer une conclusion de tous ces cas de récidives produits dans des circonstances si diverses ?

Si l'on en croit Keller et Moro, des facteurs prédisposants ou raciaux jouent un rôle important. Comparativement aux pays de langue latine, les pays scandinaves et l'Angleterre présentent un chiffre extraordinairement élevé qui, en aucune manière ne peut s'expliquer par les conditions diverses de la contamination.

D'après Wallgren, une particularité constitutionnelle est remarquable par ceci : que les mêmes malades qui ont été atteints ultérieurement dans un délai moyen de 8 à 10 mois, ont présenté une pleurésie séreuse.

Sur 285 enfants observés par Wallgren atteints d'E.N., 72 d'entre eux, ultérieurement eurent une pleurite ; et pas moins de 27 % de tous ces enfants atteints de pleurite avaient eu auparavant un E. N.

En ce qui concerne le rôle de la tuberculose dans la production de l'E. N., l'accord n'est pas unanime. Certains auteurs soutiennent que la tuberculose intervient dans 95 à 98 % des cas ; d'autres avancent que le rôle de la tuberculose est beaucoup moins important et que, à côté d'elle, il faut faire une place aux infections microbiennes ou parasitaires diverses, au rhumatisme, à la syphilis.

Ce n'est pas le lieu d'aborder cette discussion, et nous nous contenterons de rappeler brièvement ces deux opinions, évidemment différentes, sans insister davantage.

Lorsque la tuberculose est incriminée, l'opinion générale est que l'E. N. est considéré comme représentant la traduction clinique extérieure de la contamination.

C'est une manifestation appartenant presque toujours à la période initiale de la maladie ; c'est un phénomène allergique.

Si donc l'E. N. constitue une manifestation de début, il serait, du moins théoriquement, insolite que l'infection bacillaire étant réalisée, il réapparut dans l'évolution ultérieure de la maladie, que celle-ci ait une tendance évolutive ou qu'elle n'ait qu'une durée limitée, courte.

Si donc il s'agit de tuberculose, il paraît bien difficile d'admettre que le phénomène d'hypersensibilité que traduit l'érythème, se reproduise lors d'une nouvelle apparition de cette dermatose. Il semble plus ra-

tionnel d'admettre que c'est la traduction d'une nouvelle sensibilisation vis-à-vis de certains facteurs microbiens ou autres.

Dans l'observation personnelle communiquée par le Docteur Péhu, le pharynx et le cavum ont été le siège d'une inflammation et même d'une suppuration qui suppose un état microbien accentué. Il n'y avait pas trace de rhumatisme.

CHAPITRE IV

Les

Observations expérimentales

A côté de ces cas de récidives d'E.N. à caractère purement spontané, nous avons rencontré au cours de nos recherches quelques cas de récidives d'E. N. en quelque sorte provoqués.

Nous nous permettrons de les citer à titre documentaire.

I. En 1919, Chauffard et Girard font à une femme de 31 ans, pendant sa convalescence d'un E.N., une intradermo-réaction à la tuberculine ; cette injection déclanche, le lendemain, de la fièvre, des arthralgies et, 5 jours après, de l'E. N. Cette femme avait présenté un E. N. à l'âge de 14 ans et des hémoptysies et un mal de Pott à 22 ans.

En 1923, Chauffard publie un cas analogue et dit à ce sujet : « Une simple injection de tuberculine a fait
« renaître et évoluer devant nos yeux toute la mala-
« die ».

II. En 1921, Ernberg publie des recherches suivantes : dans 11 cas il injecte à des enfants ayant fait un E.N. et à une date suffisamment éloignée de l'éruption pour que l'on puisse exclure une rechute spontanée, 1/100° de milligramme de tuberculine sous la peau.

Dans cinq cas il obtient un E.N. typique.

III. Heim (1928), cité par Göttsche (1933), a pu réveiller à volonté un E. N. par des injections intra-dermiques de tuberculine à 1/10.000°.

IV. Di Cio et Capdehourat (1930) cités par Golberg, observent une récurrence d'E.N. après cuti-réaction, chez une femme tuberculeuse.

Que faut-il conclure de tout l'ensemble de ces faits ? Une réaction à la tuberculine peut-elle, dans certains cas, déclencher un E. N. ou une récurrence d'E. N. ?

Tout d'abord, répondons à une objection qui peut être faite : La réaction à la tuberculine a été pratiquée si près de l'E.N. que la nouvelle éruption pourrait être une rechute qui se serait produite spontanément. Cela pourrait être vrai pour certains cas, pas pour la plupart d'entre eux.

On peut donc admettre que les réactions à la tuberculine peuvent faire apparaître un E. N. dans certaines conditions qui tiennent peut-être, d'une part à l'individu et, d'autre part, à l'état allergique dans lequel il se trouve (stade d'augmentation brusque de l'allergie au cours de la primo-infection).

Conclusions

I. L'érythème noueux, dermatose à caractères extérieurs et à évolution bien définis, est actuellement considéré comme une manifestation clinique d'hypersensibilité dermo-épidémique (allergie) sous la dépendance de causes multiples.

Parmi ces causes, dans l'enfance et à l'âge adulte, la tuberculose tient indiscutablement la première place.

II. D'ordinaire l'érythème noueux se montre au moment où l'organisme est envahi par le facteur pathogène : particulièrement le bacille de Koch. La dermatose représente donc un signe le plus souvent précoce de primo-infection.

III. En général, il apparaît une fois seulement ; on ne le retrouve pas ultérieurement dans une maladie à évolution lente, prolongée comme est la tuberculose. *Les auteurs classiques, les traités usuels ne signalent pas les récurrences de l'érythème noueux.*

IV. Pourtant, soit dans l'enfance, soit chez l'adulte, quelques observations de récurrences ont été publiées.

a) Plusieurs d'entre elles ressortissent manifestement de la tuberculose.

b) Mais, pour d'autres, on est, cliniquement du moins, autorisé à rejeter l'intervention de la tuberculose. Il faut alors admettre qu'il s'agit d'infections mi-

crobiennes d'origine amygdalienne ou rhino-pharyngée ou de rhumatisme.

V. Dans les deux groupes de récidives, on peut supposer qu'il s'agit d'une réinfection survenant dans un organisme ayant momentanément perdu son immunité.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu : *Le Doyen,*
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 21 Octobre 1939 :

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- AGUIRE (Cibils). — *Archives de Médecine des enfants*, sept. 1933. *Annales de dermatologie et syphilographie*, février 1934.
- BENGLAS (Sami). — L'E.N. est-il tuberculeux ? *Thèse Faculté de Médecine de Paris*, 1935.
- BERTOYE. — E. N. *Traité de Médecine des enfants*, 1934.
- M^{me} DE BIEHLER. — Contribution à l'étude de l'E. N. *Archives de Médecine infantile*, 1936.
- BENDSCHELLER. — Société de Pédiatrie de l'Est. Rapport à la Séance du 8 Novembre 1936.
- BLANC (René). — L'E. N. manifestation de primo-infection tuberculeuse. *Thèse Faculté de Médecine de Paris*, 1935.
- BROCQ (Louis). — Les monographies de la médecine, Avril 1936.
- CHAUFFARD et Jean TROISIER. — E. N. expérimental par injection intra-dermique de tuberculine. *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 15 janvier 1909.
- COLLEAU (Pierre). — E. N. et maladies infectieuses. *Thèse Faculté de Médecine de Paris*, 1937.
- COMBY (J.). — L'E. N. chez les enfants. *Archives de Médecine infantile*, 1923.

COURTELLEMONT. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. Séance du 5 Juin 1903.

DEBRÉ (R.). — E. N. et tuberculose. *Réunion dermatologique de Strasbourg*. Séance du 8 mai 1938.

DEBRÉ (R.), JULIEN-MARIE, R. BROCA, A. SAENZ et J. BERNARD. — Extraits des *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*. Paris, 14 Juin 1935.

L. DOR. — *In Thèse de Pons*, Lyon 1905.

DUCAS (Paul). — *Presse Médicale*, 4 Août 1934.

DUFOURT (A.). — *In Thèse de R. Greiner*. Erythème polymorphe et tuberculose. Lyon 1939.

FRNBERG. — Congrès de Pédiatrie, 1921.

EVRENIADIS (Philippe). — E. N. et syphilis *Thèse Faculté de Médecine de Paris*, 1934.

FLANDIN, POUMEAU, DELILLE et PERREAU. — Rapport à la Réunion dermatologique de Strasbourg, Mai 1938.

FORNARA (P.). — Le problème de l'E. N. *Revue française de pédiatrie*, 1930.

GATÉ (J.). — Considérations générales sur 14 cas d'E. N. de l'adulte (Réunion dermatologique de Strasbourg, 1938).

GIBERT (Marie). — E. N. tuberculeux. *Thèse Faculté de médecine de Paris*, 1933.

GOUGEROT. — Extraits de la *Gazette des Hôpitaux*, 27 janvier, 3 février 1912.

GOUGEROT. — Monographies de la médecine, avril 1936.

GREINER (Roger). — Erythème polymorphe et tuberculose, *Thèse Faculté de médecine de Lyon*, 1939.

- GUINARD (Paul). — Contribution à l'étude de l'E. N., *Thèse* Faculté de médecine de Paris, 1936.
- HAU (André). — Contribution à l'étude de la primo-infection tuberculeuse bénigne chez l'adulte avec E. N., *Thèse* Faculté de médecine de Paris, 1935.
- KELLER et MORO. — Handbuch der Kinderheilkunde de Pfaundler et Schlossmann. Maladies de la peau, tome II, 1935.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — A propos de l'E. N. expérimental par intra-dermo réaction à la tuberculine. Société médicale des Hôpitaux, 22 janvier 1909.
- LANDORF (Nils). — Revue française de pédiatrie, 1935.
- LEHNDORFF (H.). — Handbuch der Kinderheilkunde, de Pfaundler et Schlossmann. Maladies de la peau, 1935.
- LEWKOWICZ. — Bulletin de l'académie polonaise des sciences et Belles-Lettres, 1937.
- MALLET (Robert). — E. N. et infection tuberculeuse, *Thèse* Paris, 1938.
- MARFAN. — Presse médicale du 28 juin 1909.
- MERCURIO. — Eritema nodoso in article tuberculosi trattati di pediatria. Comba Jemma, 1934.
- MERKLE et JACOB (A.) — Communication à la réunion dermatologique de Strasbourg (mai 1938). « Quelques cas d'E.N. chez l'adulte ».
- MURTAS (Carlos de). — Su un' epidemia di erythema nodoso in la clinica pediatrica, avril 1935.
- PAUTRIER. — Comment se pose la question de l'E. N. Réunion dermatologique de Strasbourg, 8 mai 1938.
- PEHU. — Observations personnelles.

- RAMEL et LORTAT, JACOB. — Rapport au 4^e Congrès des Dermatologistes, Paris, juillet 1929.
- ROEMER. — L'E. N. en clinique infantile (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphilis*, séance du 8 mai 1938, Strasbourg).
- ARNE ROOSWALL. — Endogen factors in the occurrence of erythema nodosum in acta tuberculosea Scandinavica.
- ROTNES. — Bulletin de l'Académie polonaise des Sciences et Belles-Lettres, 1937.
- SAVY. — Traité de thérapeutique clinique, tome III, 1936.
- STOFFER (Joseph). — Contribution à l'étude des endocardites survenues au cours de l'E.N., *Thèse*, Paris 1936.
- TOURNIER-LASSERVE. — Bulletin de la Société de médecine militaire française, juillet 1933.
- TROISIÈRE (Jean). BARIETTY. — De sanctis monaldi et P. Nicot. Société médicale des Hôpitaux, 10 nov. 1933.
- WALLGREN. — Communication à la Faculté de Birmingham, 1937.
- WEILL, MOURIQUAND. — Traité de médecine infantile, collection Testut, 1926 (?).
- WEISSENBACH et NOUAILLE. — Rapport à la réunion dermatologique de Strasbourg, mai 1938.
-

Table des Matières

CHAPITRE PREMIER. — Rappel succinct de nos connaissances sur l'Erythème noueux.

Historique	13
Symptomatologie	20
Faits cliniques	21
Diagnostic différentiel avec l'Erythème polymorphe	23

CHAPITRE II. —

Historique concernant les récides	25
---	----

CHAPITRE III. —

Les observations cliniques	29
Observations présentées à la réunion dermatologique de Strasbourg (Mai 1938)	33
Essais d'interprétation	43

CHAPITRE IV. —

Les observations expérimentales	47
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51

